



Salud Pública I

Autor: Magda Gioanna Cruz

• • • •

Salud Pública I / Magda Gioanna Cruz, / Bogotá D.C., Fundación
Universitaria del Área Andina. 2017

978-958-5462-11-3

Catalogación en la fuente Fundación Universitaria del Área Andina (Bogotá).

© 2017. FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA
© 2017, PROGRAMA INSTRUMENTACIÓN QUIRÚRGICA
© 2017, MAGDA GIOANNA CRUZ

Edición:

Fondo editorial Areandino
Fundación Universitaria del Área Andina
Calle 71 11-14, Bogotá D.C., Colombia
Tel.: (57-1) 7 42 19 64 ext. 1228
E-mail: publicaciones@areandina.edu.co
<http://www.areandina.edu.co>

Primera edición: noviembre de 2017

Corrección de estilo, diagramación y edición: Dirección Nacional de Operaciones virtuales
Diseño y compilación electrónica: Dirección Nacional de Investigación

Hecho en Colombia
Made in Colombia

Todos los derechos reservados. Queda prohibida la reproducción total o parcial de esta obra y su tratamiento o transmisión por cualquier medio o método sin autorización escrita de la Fundación Universitaria del Área Andina y sus autores.

Salud Pública I

Autor: Magda Gioanna Cruz





Índice

UNIDAD 1 Modelos en salud

Introducción	6
Metodología	7
Desarrollo temático	8

UNIDAD 1 Informes sobre la salud en el mundo

Introducción	24
Metodología	25
Desarrollo temático	26

UNIDAD 2 Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)

Introducción	34
Metodología	36
Desarrollo temático	37

UNIDAD 2 Normatividad en el contexto colombiano

Introducción	60
Metodología	61
Desarrollo temático	62



Índice

UNIDAD 3 Definiciones de salud

Introducción	5
Metodología	6
Desarrollo temático	7

UNIDAD 3 Recorrido histórico de la salud pública

Introducción	14
Metodología	15
Desarrollo temático	16

UNIDAD 4 Plan decenal de salud pública 2012 – 2021

Introducción	5
Metodología	6
Desarrollo temático	7

UNIDAD 4 Plan decenal de salud pública 2012 – 2021

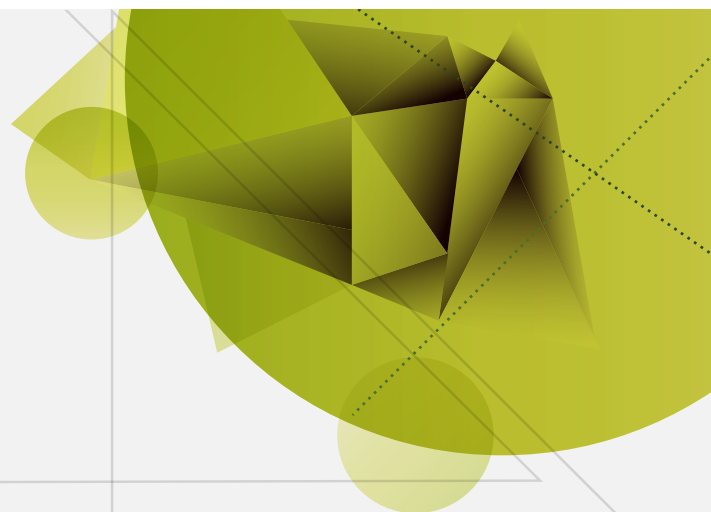
Introducción	31
Metodología	32
Desarrollo temático	33

Bibliografía	39
--------------	----

1

Unidad 1

Modelos en salud



Salud pública

Autor: Magda Gioanna Cruz

Introducción

Colombia cuenta hoy con un nuevo marco normativo en el sistema de salud, lo cual genera un gran desafío para la articulación del desarrollo económico y social, para lograr articular y hacer sinergia de estas variables es necesario que desde la academia se forme el recurso humano que sea capaz de eliminar barreras y de ofrecer una esperanza para transformar la atención en salud donde se evidencien resultados positivos frente a los objetivos de desarrollo del milenio, y donde las estadísticas demuestren la trascendencia a favor del bienestar individual y colectivo.

La formación académica y los conocimientos adquiridos con responsabilidad por parte de los profesionales de salud en formación, son la esperanza para mejorar los resultados en salud, la prestación de los servicios y el goce del bienestar en las comunidades, aunque se ha demostrado que la intervención en salud debe ser de enfoque intersectorial es importante contar con talento humano formado, capacitado, comprometido, responsable y consiente de su quehacer y su aplicabilidad como profesional de la salud.

La semana 1 de este módulo de Salud pública I, contiene consideraciones teórico conceptuales que permiten contextualizar sobre los modelos en salud y los diferentes sistemas en salud de esta manera se proveerá una visión general de los aspectos teóricos de la atención en salud hoy en el país considerando el marco histórico, su contexto latinoamericano y mundial y sus principales protagonistas dentro del que hacer de la salud pública para darle aplicación.

Dentro de los alcances y propósitos de esta semana están; reconocer los aspectos teórico – conceptuales de la salud, revisar los diferentes modelos de atención en salud, los sistemas de salud, identificar el contexto de la salud en Colombia, examinar el concepto sobre los servicios en salud para reconocer su aplicabilidad en el quehacer profesional.

Para obtener una experiencia exitosa y significativa académicamente en el transcurso de esta semana se debe tener en cuenta las siguientes orientaciones:

La semana 1 está constituida por recursos para el aprendizaje tales como documentos, presentaciones de los modelos de salud, videos entre otros, encontrara una evaluación diagnostica de valoración cualitativa cuyo objetivo es validar los preconceptos que se tienen del tema y dejar en evidencia la necesidad de realizar el modulo cumpliendo con las actividades. Su trabajo será totalmente independiente y autónomo siempre bajo la orientación de un docente tutor quien orientara todo su proceso dentro del módulo y de cada unidad.

Las orientaciones para la entrega y ejecución de actividades se encuentran en la guía de actividades, de esta manera usted conocerá los tiempos y fechas para la elaboración y envío de las mismas.

Cada sesión debe contar con un trabajo previo de lectura individual y en los tiempos establecidos dentro de la semana, esto para garantizar la participación sobre la base de lecturas seleccionadas. Además en la bibliografía del módulo para promover la profundización de los tema se cuenta con lecturas complementarias y adicionales.

El presente desarrollo temático se enmarca dentro de la normatividad vigente en salud para el territorio colombiano, teniendo como referente el Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021. Por ello el lineamiento conceptual se orienta al desarrollo operativo de la salud pública siendo el núcleo principal de este módulo y de cada una de las unidades que lo conforman.

Se parte de consideraciones conceptuales y metodológicas del campo de la salud pública que lo reconocen hoy como un campo transdisciplinar y desde esa perspectiva, se consideran los retos y contextos que a diario viven profesionales de salud para desarrollar estrategias de atención integral en salud, que es justamente lo que busca la estrategia de APS, que parte además de reconocer las dificultades del diario vivir para comunidades y familias así como las dificultades instituciones.

La semana 1 del módulo de Salud pública I estará conformada por dos ejes temáticos que corresponden a los modelos en salud y los modelos en los diferentes sistemas de salud.

Modelos en salud

El modelo médico, enfatiza en las dimensiones biológicas, este entra en crisis al final del siglo XIX pero se fortalece con el mode-

lo hospitalario que se mantiene durante el siglo XX. Se basa en la atención de la enfermedad particular de los individuos y pasa de lado por el proyecto colectivo del Higienismo del siglo XIX (Álvaro Franco Giraldo).

Por su parte, la idea sanitarista, miasmática y ambientalista se mantuvo durante la segunda mitad del siglo XIX, influyendo en las políticas públicas. Nuevas teorías ecologistas y ambientalistas reaparecen al final del siglo XX (Franco, A).

Posteriormente al siglo XIX, la teoría del germen se impone en las prácticas curativas, pero esencialmente en las preventivas, sirviendo también al modelo preventivista epidemiológico. Esta teoría atraviesa parte del siglo XX y hace crisis después de su segunda mitad (Franco, A).

Este ciclo oscilatorio de teorías y modelos se ve de nuevo fortalecido por nuevas estrategias y prácticas sociales como las declaraciones por Alma Ata (URSS, 1978), con la Atención primaria en salud, y Ottawa (Canadá, 1984) fundamentada en las políticas públicas, en los estilos de vida y la participación ciudadana.

Con la aparición de la Atención Primaria en Salud (APS) y el desarrollo comunitario, inicia el surgimiento de la Nueva Salud Pública, la cual se define como: un enfoque

que busca una síntesis entre la actuación ambiental y las acciones tanto preventivas como curativas de tipo personal; su interés está puesto en las políticas públicas, en las conductas individuales y en los estilos de vida, dentro de un contexto ecológico y con planteamientos holísticos de la salud. (Ferrari, C & Lazo, M).

El nuevo enfoque europeo y canadiense de promoción de la salud, basado en ciudades y espacios sanos, ha enfatizado en las políticas públicas y trasciende las actividades comunitarias y de proyectos intersectoriales aislados, y va más allá del enfoque estatal o gubernamental. Quienes han defendido la estrategia de “ciudades sanas” suministran la visión política necesaria y el imaginario para “la nueva salud pública”, con herramientas como la defensa de la salud, la capacitación y la mediación.

En síntesis, la llamada “nueva salud pública” es un enfoque dentro de esta disciplina que apunta a desarrollar los postulados de la promoción de la salud con estrategias novedosas, producto de las diferentes conferencias internacionales en esta área, que tienen como eje los determinantes sociales y las intervenciones estatales y de la sociedad civil; el desarrollo y la participación comunitaria; que van más allá del enfoque médico biológico y preventivista de la enfermedad, defendiendo la salud y promoviendo la vida. Integra cambios ambientales, medidas preventivas personales e intervenciones terapéuticas adecuadas, además de significar el renacer de las actividades de promoción de la salud; se interesa por la pobreza y los más vulnerables, la reorientación de los servicios pasando de la asistencia hospitalaria a la atención primaria en salud; y se fortalece con la acción política (Franco, A).

Lo anterior se ha denotado como modelos de salud se refiere más propiamente a los modelos de atención en salud, sin embargo es necesario trascender a los modelos de sistemas de salud, lo cual los hace más integrales, sistémicos y organizados (1) (**Modelos de Salud y Atención Primaria en Salud (APS) Franco, A**).

Sistemas de salud

Un sistema de salud es la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud. Un sistema de salud necesita personal, financiación, información, suministros, transportes y comunicaciones, así como una orientación y una dirección. Además está en la obligación de proporcionar tratamientos y servicios de calidad que respondan a las necesidades de la población.

Los sistemas de salud deben propender por mejorar la vida cotidiana de las personas de forma tangible. El principal responsable por el desempeño global del sistema de salud de un país es el gobierno, pero también resulta fundamental la buena rectoría de las regiones, los municipios y cada una de las instituciones sanitarias.

Los sistemas de salud de los países pobres no son los únicos que tienen problemas. Algunos países ricos tienen grandes sectores de la población que carecen de acceso al sistema de salud debido a que los mecanismos de protección social son injustos. Otros están luchando contra el aumento de los costos debido a la utilización ineficiente de los recursos (OMS).

Usualmente los sistemas de salud se han clasificado como: sistemas segmentados,

sistemas nacionales, sistemas privados, sistemas públicos, entre otros, hasta llegar al más reciente concepto de “pluralismo estructurado”, redefinido por los apologistas neoliberales con el afán de hacer sistémico lo imposible, para tratar de explicar o negar la fragmentación que ha dejado el mercado en las reformas de servicios de salud durante los últimos 15 años. Más recientemente, el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), en 1996, ha establecido una clasificación que va en la dinámica de las reformas, así: sistemas segmentados, sistemas intensivos en el uso de contratos, sistemas públicos integrados y sistemas públicos administrados de contratos.

Sistema de salud en Colombia

El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) de Colombia fue creado en el año de 1993 (Ley 100). Es un sistema de salud de competencia regulada, basado en la participación de lo público y lo privada, cuyas principales fuentes de financiamiento son las cotizaciones de empleados y empleadores, que financian el régimen contributivo, y los recursos fiscales obtenidos por medio de impuestos generales, que financian el régimen subsidiado. Las Empresas Promotoras de Salud - EPS son entidades públicas y privadas que operan como aseguradoras y administradoras. Las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) se encargan de proveer los servicios de atención a los usuarios, de acuerdo con las prestaciones o beneficios definidos en el Plan Obligatorio de Salud-POS. El Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), se encarga de reconocer el pago a las EPS, según el número de afiliados y el valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y trasladar recursos fiscales para el régimen subsidiado.

Los servicios de salud son prestados en las diferentes instituciones por niveles de complejidad desde el nivel uno hasta el nivel de atención cuatro siendo este el que reúne todas las especialidades para la atención de los pacientes que así lo requieran.

Para profundizar en el tema revisar el siguiente link: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v16n6/20.pdf>

Sistema de salud en Canadá

El sistema de salud canadiense es financiado por el gobierno y se basa en cinco principios: es accesible a todos independientemente de sus ingresos, ofrece servicios completos, es de gestión pública, es de acceso universal a los ciudadanos y residentes permanentes, y se aplica dentro y fuera del país.

Las normas del sistema de salud son establecidas por el gobierno federal y son administradas localmente por cada provincia y territorio, que tienen sus propios planes de salud que cubre las necesidades de los servicios médicos. En general, los costos de los servicios médicos son pagados por primas mensuales y/o a través de los impuestos sobre la renta. Los gobiernos provinciales y territoriales son responsables de financiar el sistema público de salud y de atención médica. Por lo tanto, cada jurisdicción ofrece distintos servicios y planes de seguro médico gratuito y los medicamentos con receta, por ejemplo, difieren de una provincia a otra. Según la provincia, servicios dentales y de visión pueden no estar cubiertos pero en muchos casos los empleadores aseguran a sus empleados a través de compañías privadas de seguros.

Sistema de salud en Chile

La organización del Sistema Nacional De Servicios de Salud de Chile se basa en el Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud (DS de 1980). Está compuesto por el Ministerio de Salud y sus organismos dependientes: los Servicios de Salud, el Fondo Nacional de Salud, el Instituto de Salud Pública y la Central de Abastecimiento. Además, participan del Sistema todas aquellas instituciones que realizan convenios, destacando los municipios y servicios delegados.

Los servicios de salud son los responsables de ejecutar las acciones integradas de fomento, protección y recuperación de la salud y rehabilitación de los enfermos y de hacer cumplir las disposiciones del Código Sanitario en las materias que les compete. Son organismos estatales funcionalmente descentralizados, dotados de personalidad jurídica y patrimonio propio para la realización de las referidas acciones. Son 26 Servicios con asignación geográfica definida. A la Dirección de servicio de salud le corresponde la supervisión, coordinación y control de todos los establecimientos y dependencias. La red asistencial de los Servicios está constituida por Hospitales, Consultorios Generales Urbanos y Rurales, Postas Rurales de Salud y Estaciones Médico Rurales.

La provisión de servicios asistenciales en el Sistema Nacional de Servicios de Salud está a cargo de 29 Servicios de Salud distribuidos en el país. En forma directa, tienen a cargo los hospitales dependientes (por propiedad directa o convenio con otras entidades) y en algunos casos, centros de atención ambulatoria de nivel primario. La atención primaria de salud provista en centros de salud urbanos y rurales ha sido delegada a la

administración municipal. Cada Servicio de Salud cuenta con una red asistencial de establecimientos y niveles de atención que se organizan de acuerdo a su cobertura poblacional y complejidad asistencial.

Para profundizar en el tema revisar el siguiente link <http://www.paho.org/chi/images/PDFs/salud%20chile%202010.pdf>

Sistema de salud en Costa Rica

El sistema de salud en Costa Rica presta servicios de salud, agua y saneamiento. El componente de servicios de salud incluye un sector público y uno privado. El sector público está dominado por la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), institución autónoma encargada del financiamiento, compra y prestación de la mayoría de los servicios personales. La CCSS se financia con contribuciones de los afiliados, los empleadores y el Estado, y administra tres regímenes: el seguro de enfermedad y maternidad, el seguro de invalidez, vejez y muerte, y el régimen no contributivo.

La CCSS presta servicios en sus propias instalaciones o contrata prestadores del sector privado con los que establece contratos denominados "compromisos de gestión". El sector privado comprende una amplia red de prestadores que ofrecen servicios ambulatorios y de especialidad con fines lucrativos. Estos servicios se financian sobre todo con pagos de bolsillo, pero también con primas de seguros privados. El Ministerio de Salud es el rector del sistema y como tal cumple con funciones de dirección política, regulación sanitaria, direccionamiento de la investigación y desarrollo tecnológico. Dentro de las innovaciones relativamente recientes que se han implantado en Costa

Rica destacan la implantación de los equipos básicos de atención integral de salud (EBAIS), la desconcentración de los hospitales y clínicas públicos, la introducción de los acuerdos de gestión y la creación de las Juntas de Salud. Para profundizar en el tema

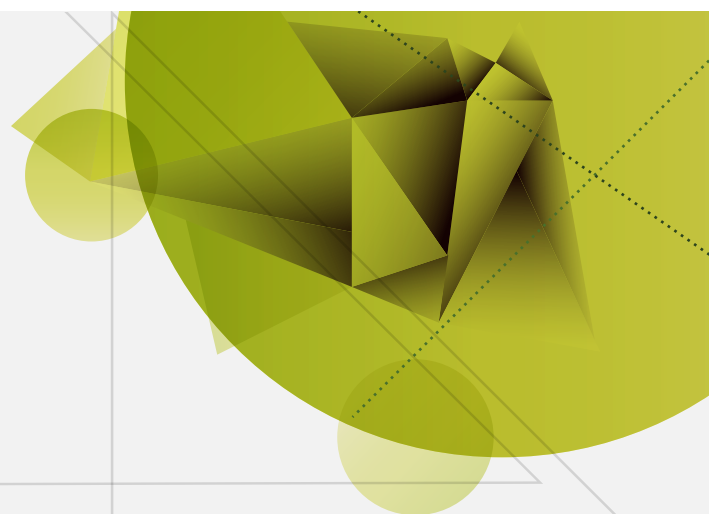
revisar el siguiente link <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v53s2/11.pdf>

De igual manera se revisaran los modelos de los sistemas de salud en el Reino Unido, Suecia entre otros.

1

Unidad 1

Informes sobre la
salud en el mundo



Salud pública

Autor: Magda Gioanna Cruz

Introducción

Debido a las nuevas tendencias y visión mundial frente a la definición de la salud y su manejo se han transformado y evolucionado las diferentes “instituciones” internacionales y nacionales cuyo objetivo se centra en el control de la salud de los individuos y comunidades haciendo uso de todas las herramientas y estrategias para la consecución del mismo, además estas “instituciones velan por mantener en total articulación a todos los sectores que hace parte y forman las diferentes sociedad y comunidades y así lograr permear a todos los individuos que hace parte del planeta.

Dentro de las instituciones y organizaciones internacionales se encuentran: la Organización Mundial de la salud (O.M.S). Organización Panamericana de la Salud (O.P.S), Fondo para la Infancia de las Naciones Unidad (UNICEF), Cruz Roja Internacional entre otras, dentro de las organizaciones nacionales se destacan el Ministerio de Salud, Las secretarías de salud, El instituto Nacional de Salud y todos los observatorios de salud, cuya misión es promover y proteger la salud y bienestar de los individuos.

Para obtener una experiencia exitosa y significativa académicamente en el transcurso de esta semana se debe tener en cuenta las siguientes orientaciones:

- Realice la lectura de la cartilla y de las lecturas de los recursos de aprendizaje.
- Revise por su cuenta las diferentes instituciones, organizaciones internacionales y naciones entre otras entidades dedicadas a la “salud” para que identifique su misión, visión y propósitos.
- Realice las actividades evaluativas que encuentre para la respectiva semana.
- Dedique un tiempo de calidad para el estudio de esta unidad el cual es 75% de su autonomía.
- Haga uso adecuado de las herramientas que encuentra en EPIC.

Informes sobre la salud en el mundo



Imagen 1

Fuente: <http://ceibal.elpais.com.uy/dia-mundial-de-la-salud/>

El informe sobre la salud en el mundo, publicado por vez primera en 1995, es la principal publicación de la OMS. Los diferentes informes de salud en el mundo evalúan un tema concreto de la salud mundial, sobre el que presenta estadísticas de todos los países.

Su principal objetivo es ofrecer a los países, organismos donantes, organizaciones internacionales y otros interesados la información que necesitan para tomar sus decisiones sobre políticas y financiación. Asimismo, el informe va destinado a una audiencia amplia, en la que se encuentran las universidades, los hospitales con activi-

dades docentes, los periodistas y el público en general; además de cualquiera con un interés profesional o personal en los temas de la salud internacional, nacional y/o regional.

A continuación encontrara algunos de los últimos informes sobre salud en el mundo, sin embargo encontrara otros en los recursos de aprendizaje los cuales debe revisar.

Informe sobre la salud en el mundo 2013 – Investigaciones para una cobertura sanitaria universal

En este se describe que todos deberían tener acceso a los servicios de salud que necesitan sin verse empobrecidos al pagar por ellos. En el presente informe se afirma que la cobertura sanitaria universal -junto con el pleno acceso a servicios de calidad en materia prevención, tratamiento y protección contra los riesgos financieros- no puede alcanzarse sin los datos objetivos que proporciona la investigación científica.

Informe sobre la salud en el mundo 2010

La Organización Mundial de la Salud describe e identifica en este informe algunas orientaciones y sugerencias de lo que los países pueden y deberían hacer para evolucionar, cambiar y modificar los sistemas de financiación y así poder avanzar rápidamente hacia la cobertura universal garantizando la sostenibilidad de cada uno de los diferentes sistemas de salud.

Informe sobre la salud en el mundo 2008

En este informe se analiza y evalúa críticamente la forma en que la atención de salud se gestiona, su proceder, su organización, además de su financiación y finalmente como se presta en el mundo, tanto en los países con mayores recursos económicos denominados ricos como en los pobres. En este informe se documentan fracasos y defectos que han generado desequilibrios en la situación de salud entre comunidades de un mismo país o entre unos y otros.

El Informe sobre la salud en el mundo 2007 - un porvenir más seguro Protección de la salud pública mundial en el siglo XXI

En este informe se identifica uno de los mayores adelantos para lograr la tal anhelada seguridad sanitaria, señala de igual manera los riesgos que corre el mundo tales como; brotes, epidemias, accidentes, desastres naturales y emergencias de salud que son consideradas como amenazas para la seguridad sanitaria mundial (Organización Mundial de la Salud).

Se sostiene que todas las naciones deberían ser productoras de investigaciones tanto como consumidoras. El proceso de descubrimiento debería tener lugar no solo en los centros universitarios sino también en los programas de salud pública en los que las personas buscan atención sanitaria y utilizan los servicios proporcionados. Las investigaciones, desde los ensayos clínicos hasta los estudios sobre políticas de salud, pueden ayudar trazar el rumbo hacia la mejora de los resultados sanitarios y la reducción de la pobreza, pero para tener éxito es preciso que cuenten con el respaldo nacional e internacional (Organización Mundial de la Salud).

La Organización Panamericana de la salud también es un generador de informes de salud, la OPS lanza en 1995 la Iniciativa Regional de Datos Básicos en Salud y Perfiles de País con el objetivo de mantener informados a los interesados sobre la situación de salud y tendencias de los países de las Américas. Además estos informes sobre la situación de salud facilitan el monitoreo, control y seguimiento de las metas en salud de cada uno de los países y se generan cada año.

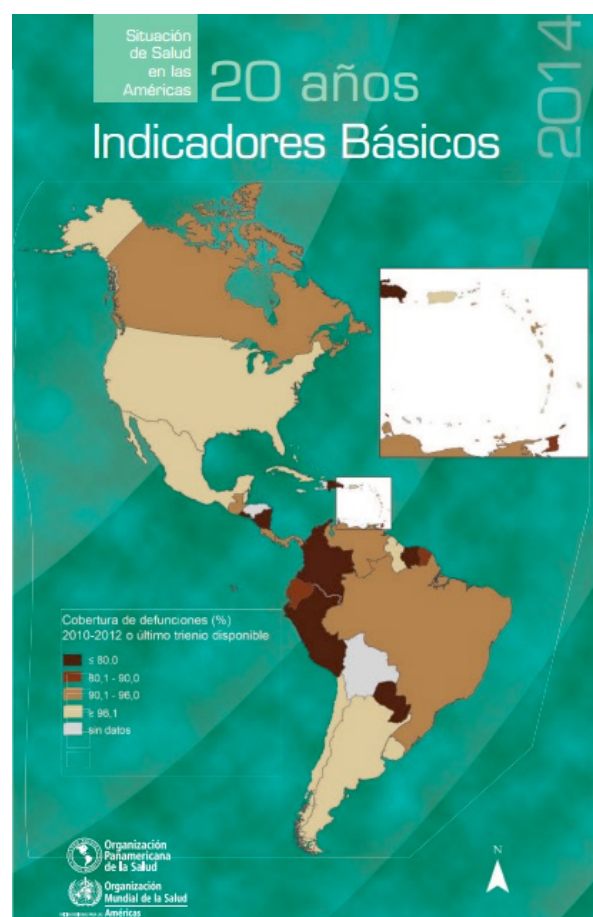


Imagen 2

Fuente: http://www.paho.org/mex/index.php?option=com_content&view=article&id=206:situacion-de-salud-en-las-americas&Itemid=310

La UNICEF genera informes de situación en salud haciendo especial énfasis en la niñez, para el 2013 genera un informe que invita

a ver el niño antes que la discapacidad en su informe “Estado Mundial de la infancia 2013” niños y niñas con discapacidad.

En este informe se hace un especial llamado al que hacer profesional en salud frente a la gestión de la detección y el tratamiento de las discapacidades, menciona que la discapacidad es un aspecto de salud pública y mientras los responsables de generar las diferentes políticas consideren que la discapacidad compete y se apropia de recursos o tiene una captación de recursos propias de personas no discapacitadas se continua con la discriminación y la desigualdad.

De igual manera hace referencia a los diferentes servicios de atención de salud, los cuales pueden llegar a ser deficientes. Menciona la importancia y necesidad de educar y capaci-

tar a los trabajadores de salud y áreas afines sobre el crecimiento y la discapacidad en la infancia para prestar servicios integrales donde exista el espacio para familiares.

Finalmente en el estudio se deja en evidencia la estrecha relación entre la pobreza y la discapacidad, quedando los niños y niñas atrapados en este círculo de pobreza y exclusión, lo cual genera unos determinantes sociales que marcan su desarrollo individual, el cual no resulta favorable.

Para profundizar más en el tema sugiero remitirse al siguiente link:

http://www.unicef.org/spanish/sowc2013/files/SPANISH-SOWC13-Ex_Summary_Lores_web.pdf

2

Unidad 2

Objetivos de
Desarrollo del
Milenio (ODM)



Salud pública

Autor: Magda Gioanna Cruz

Introducción

La semana 3 de este módulo de salud pública I, contiene consideraciones teórico conceptuales que permiten contextualizar sobre los objetivos de desarrollo del milenio en el contexto colombiano, de esta manera se proveerá una visión general de los aspectos teóricos de la atención en salud hoy en el país considerando el marco histórico, su contexto latinoamericano y mundial, y sus principales protagonistas dentro del quehacer de la salud pública para darle aplicación.

Dentro de los alcances y propósitos de esta semana están; Reconocer el compromiso de los líderes mundiales en La Declaración del Milenio de las Naciones Unidas, firmada en septiembre de 2000, cuyos compromisos fueron luchar contra la pobreza, el hambre, las enfermedades, el analfabetismo, la degradación medioambiental y la discriminación de la mujer, identificar las metas fijadas de cada Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM) para 2015.

Para obtener una experiencia exitosa y significativa académicamente en el transcurso de la unidad se debe tener en cuenta las siguientes orientaciones:

La semana 3 consta de unos recursos para el aprendizaje tales como documentos conpes 91 y 140, videos sobre los ODM, actividades evaluativas, entre otros. Su trabajo será totalmente independiente y autónomo siempre bajo la orientación de un tutor quien orientara todo su proceso dentro del módulo y de cada unidad.

Las orientaciones para la entrega y ejecución de actividades se encuentran en la guía de actividades, de esta manera usted conocerá los tiempos y fechas para la elaboración y envío de las mismas.

Cada sesión debe contar con un trabajo previo de lectura individual en los tiempos establecidos dentro de la semana, esto para garantizar la participación sobre la base de lecturas seleccionadas denominadas recursos para el aprendizaje y lecturas complementarias. Además en la bibliografía del módulo para promover la profundización de los temas se cuenta con lecturas adicionales.

El presente desarrollo temático se enmarca dentro de la normatividad vigente en salud para el territorio colombiano, teniendo como referente el Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021. Por ello el lineamiento conceptual se orienta al desarrollo operativo de la salud pública siendo el núcleo principal de este módulo y de cada una de las unidades que lo conforman.

Se parte de consideraciones conceptuales y metodológicas del campo de la salud pública que lo reconocen hoy como un campo transdisciplinar y desde esa perspectiva, se consideran los retos y contextos que a diario viven profesionales de salud para desarrollar estrategias de atención integral en salud, que es justamente lo que busca la estrategia de APS, que parte además de reconocer las dificultades del diario vivir para comunidades y familias así como las dificultades institucionales.

La semana tres del módulo de Salud pública I estará conformada por el eje temático que corresponde a los Objetivos de Desarrollo del Milenio

Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)

“No escatimaremos esfuerzos para liberar a nuestros semejantes, hombres, mujeres y niños, de las condiciones abyectas y des-

humanizadoras de la pobreza extrema, a la que en la actualidad están sometidos más de 1.000 millones de seres humanos. Estamos empeñados en hacer realidad para todos ellos el derecho al desarrollo” (Declaración del Milenio de Naciones Unidas, 2000).



Imagen 1

Fuente: <http://www.paho.org/blogs/chile/wp-content/uploads/2012/05/nuevos-objetivos-del-milenio.jpg>

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) son ocho que los Estados Miembros de las Naciones Unidas se han comprometido a tratar de alcanzar para el año 2015.

La Declaración del Milenio de las Naciones Unidas, firmada en septiembre de 2000,

compromete a los líderes mundiales de 189 naciones a luchar contra la pobreza, el hambre, las enfermedades, el analfabetismo, la degradación medioambiental y la discriminación de la mujer. Los ODM se derivan de esa Declaración. Cada ODM tiene metas fijadas para 2015, e indicadores para seguir los progresos realizados con respecto a las cifras de 1990. Varios de ellos están directamente relacionados con la salud (OMS).

Los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio son:

- Erradicar la pobreza extrema y el hambre.
- Lograr la enseñanza primaria universal.
- Promover la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer.
- Reducir la mortalidad infantil.
- Mejorar la salud materna.
- Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades.
- Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente.
- Fomentar una asociación mundial para el desarrollo.

Tres de los ocho objetivos y ocho de las 18 metas guardan relación directa con la salud. Algunos países en desarrollo han realizado progresos extraordinarios hacia la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud, sus metas e indicadores, impactando de esta manera positivamente el desarrollo social y humano de los individuos y comunidades.

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio representan para Colombia la oportunidad de definir de manera precisa y evaluable los retos y avances en la senda del desarrollo. El desafío del siglo XXI es un desarrollo social más acelerado, internacionalmente compe-

titivo, nacionalmente equilibrado, incluyente y en paz (Conpes 91).

El compromiso del país con los Objetivos de Desarrollo del Milenio no circunscribe su accionar en materia de política social a dichos objetivos. Por el contrario la estrategia en este campo es mucho más amplia, abarca objetivos y metas fundamentales en programas sociales de gran impacto y ha mostrado resultados muy favorables en la construcción y conservación del capital humano, particularmente focalizando la inversión en aquellos grupos poblacionales pobres y vulnerables (Conpes 91).

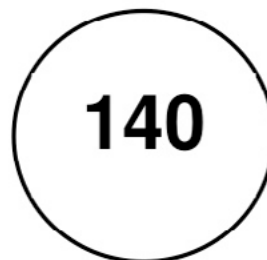
El Consejo Nacional de Política Económica y Social, República de Colombia y el Departamento Nacional de Planeación mediante los documentos conpes social 91 y 140 precisan para el caso de Colombia, las metas particulares que el país espera alcanzar en el año 2015, así como las principales estrategias que es necesario implementar o fortalecer para su consecución.

Conpes Social 91 “Metas y estrategias de Colombia para el logro de los objetivos de desarrollo del milenio – 2015” del 14 de marzo de 2005

En este documento se expresa y plantea el compromiso del Estado colombiano para lograr el desarrollo social y humano mediante la consecución de los ocho objetivos del milenio, convencido que con la aplicación de esta política social se lograra construir capital humano que fortalecerá y garantizara el desarrollo. Este documento plasma de manera minuciosa cada uno de los objetivos con su respectiva meta Universal y meta Nacional seguidas de cada una de las estrategias planteadas para el logro de dichas metas.

Documento Conpes Social

Consejo Nacional de Política Económica y Social
República de Colombia
Departamento Nacional de Planeación



MODIFICACION A CONPES SOCIAL 91 DEL 14 DE JUNIO DE 2005: "METAS Y
ESTRATEGIAS DE COLOMBIA PARA EL LOGRO DE LOS OBJETIVOS DE
DESARROLLO DEL MILENIO-2015"

DNP- DDS, DDU.
Ministerio de Relaciones Exteriores
Ministerio de Hacienda y Crédito Público
Ministerio de Educación Nacional
Ministerio de la Protección Social
Ministerio de Medio Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial
Ministerio de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones
Agencia Presidencial para la Acción Social y la Cooperación Internacional
Alta Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer
Departamento Administrativo Nacional de Estadística
Instituto Colombiano de Bienestar Familiar

Versión aprobada.

Bogotá D.C., 28 de marzo de 2011

Imagen 2: Documento Conpes social

Fuente: <http://es.slideshare.net/jaquebarrios/conpes-140-modificacionaconfessocial91del14dejunio2005>

Conpes Social 140 de 28 de marzo de 2011 "Modificación al Conpes Social 91 Metas y estrategias de Colombia para el logro de los objetivos de desarrollo del milenio – 2015 del 14 de marzo de 2005"

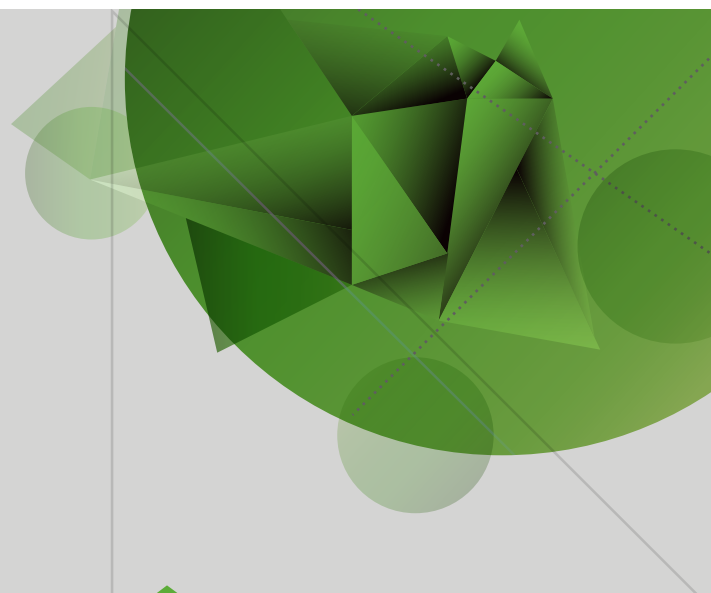
Las modificaciones al Conpes 91 se basan en el cambio de fuentes de información

donde intervino activamente el Departamento Nacional Administrativo de Estadística (DANE), el Departamento Nacional De Planeación (DNP) y el Sistema de Naciones Unidas quienes luego de realizar varios re-procesos en sus áreas de experticia obtuvieron nueva información (actualizada), lo cual hace necesario la inclusión de nuevos indicadores y ajuste en la línea de base de datos importantes para la gestión de las estrategias.

2

Unidad 2

Normatividad en el
contexto
colombiano



Salud pública

Autor: Magda Gioanna Cruz

Introducción

La semana 4 de este módulo de Salud pública I, contiene consideraciones teórico conceptuales que permiten contextualizar sobre la normatividad en salud en el contexto colombiano, de esta manera se proveerá una visión general de los aspectos teóricos de la atención en salud hoy en el país considerando el marco histórico, su contexto latinoamericano y mundial y sus principales protagonistas dentro del quehacer de la salud pública para darle aplicación.

Dentro de los alcances y propósitos de la semana están; evidenciar las diferentes modificaciones y posibles debilidades y fortalezas de las reformas a las leyes en el sistema de salud que ha venido enfrentando Colombia, e identificar si estas responden eficaz y eficientemente a los propósitos de la salud en Colombia.

Para obtener una experiencia exitosa y significativa académicamente en el transcurso de la unidad se deben tener en cuenta las siguientes orientaciones:

La semana 4 consta de unos recursos para el aprendizaje tales como lecturas, documentos, links sobre la normatividad en salud en el contexto colombiano entre otros, encontrará una actividad de evaluación. Su trabajo será totalmente independiente y autónomo siempre bajo la orientación de un tutor quien orientará todo su proceso dentro del módulo y de cada unidad.

Las orientaciones para la entrega y ejecución de actividades se encuentran en la guía de actividades, de esta manera usted conocerá los tiempos y fechas para la elaboración y envío de las mismas.

Cada sesión debe contar con un trabajo previo de lectura individual en los tiempos establecidos dentro de la unidad, esto para garantizar la participación sobre la base de lecturas seleccionadas denominadas lecturas complementarias. Además en la bibliografía del módulo para promover la profundización de los temas se cuenta con lecturas adicionales.

La semana 4 del módulo de Salud pública I estará conformada por el eje temático que corresponden a la normatividad en salud en el contexto colombiano.

Normatividad en el contexto colombiano



Imagen 1

<http://www.ids.gov.co/web/index.php/normas-y-documentos-ids>

La normatividad, la legislación, las diferentes reformas entre otras tienen por objeto generar la reglamentación que cobija a todos y cada uno de los colombianos, los diferentes sectores de Colombia, incluyendo a aquellas personas extranjeras que residen en el país.

Los contenidos relevantes de la Constitución Política de Colombia de 1991 son; Se reconoce a Colombia como un Estado social de derecho organizado, como República unitaria descentralizada, de manera que sus entidades territoriales deben ser autó-

nomas (Artículo 1), reconoce la diversidad étnica y cultural de la nación, admitiendo la diversidad lingüística y religiosa del país y la obligación del Estado en la protección de su patrimonio cultural (Artículos 7, 8, 10, 72), establece un sistema judicial acusatorio basado en la Fiscalía General de la Nación, crea la acción de tutela y el derecho de petición como herramientas de defensa de los derechos de los ciudadanos cuando sean vulnerados por el Estado o empresas privadas, crea la Corte Constitucional, la cual debe encargarse de la revisión jurídica y el análisis de la constitucionalidad de las leyes, decretos legislativos, tratados internacionales y referendos. Además, debe analizar y tomar decisiones en casos de apelación de decisiones judiciales como la acción de tutela.

A partir de la Constitución Política de Colombia 1991 y con la Ley 100 de 1993 se introdujo el Sistema Integral de Seguridad Social en Salud expedida por el Congreso de Colombia y en la cual se identifican los componentes del sistema; el sistema general de pensiones, el sistema general de riesgos profesionales, denominación modificada por la Ley 1562 de 2012 a “Sistema General de Riesgos Laborales”, y de los servicios sociales complementarios. De igual manera se describen los principios y objetivos de la prestación de servicios del sistema de seguridad social integral de Colombia.

En el transcurso del tiempo se han realizado reformas a las leyes vigentes en salud debido a los cambios internacionales y nuevos desafíos que atraviesa el mundo en el tema de salud, además la transformación de los contextos políticos, financieros, de los determinantes sociales se debe actualizar el contexto en salud de la población colombiana, razón por la cual el objeto de las reformas consisten en brindar u ofrecer a los colombianos el acceso a un servicio de salud oportuno y con calidad, planteando nuevos modelos de salud, más eficientes y sencillos que aseguren la prestación y atención de los servicios de salud, mitigando la intermediación financiera.

La ley 1122 de 2007; en esta ley se decreta en el capítulo I en las disposiciones generales en el artículo 1 el objeto de la presente ley, por el cual se realizan ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, donde la prioridad será el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios y se hacen reformas en algunos aspectos como la financiación y dirección, además de fortalecer los programas de salud pública.

En la sentencia T-760, la sala segunda de revisión de la corte constitucional resolvió 22 acciones de tutela, además la corte constitucional mediante esta sentencia reitero que “el derecho a la salud es fundamental” el cual comprende el “el derecho a acceder a servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad”, también que este derecho es tutelable en diversas circunstancias, las cuales se describen de manera detallada en esta sentencia.

Ley 1438 de 2011; el objeto de esta ley es fortalecer el Sistema General de Seguridad Social en Salud mediante un modelo de prestación del servicio público en salud en

el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS), además establece la unificación del Plan de Beneficios.

El proyecto de ley 210 de 2013; el objeto de la ley es redefinir Sistema General de Seguridad Social en Salud. En el capítulo II se describe el manejo unificado de los recursos destinados a la financiación del Sistema General de Seguridad Social en Salud mediante la creación de Salud Mía (unidad de gestión) cuyo objeto es afiliar a la población recaudar las cotizaciones, administrar los recursos, realizar pagos, giros, transferencias entre otras actividades de carácter financiero. El capítulo III describe el Plan de Beneficio de salud que en adelante se llamara Mi – Plan, este corresponde a los servicios y tecnologías requeridas para la atención en salud, garantizara además la cobertura para todas las patologías, aunque establece un listado de servicios y tecnologías excluidos de Mi-Plan según con algunos criterios definidos en este capítulo. En el capítulo IV se describe la prestación del servicio de salud haciendo especial énfasis en las acciones de salud pública y el cumplimiento de sus funciones. En el capítulo V se define que los responsables de operar una red prestadora de servicios de salud dentro de un área de gestión sanitaria son los denominados Gestores de servicios de salud.

Resolución 5521 del 27 de diciembre de 2013, mediante esta resolución el ministerio de salud y protección social definen, aclaran y actualizan el Plan Obligatorio de Salud (POS) de los regímenes contributivo y subsidiado y cuya garantía debe ser otorgada por las Entidades Promotoras de salud (EPS). Esta resolución se constituye en un instrumento para que las EPS se articulen con otros planes, programas y acciones que

impactan en la salud y bienestar de los individuos de igual manera que garanticen el acceso a la tecnología en salud.

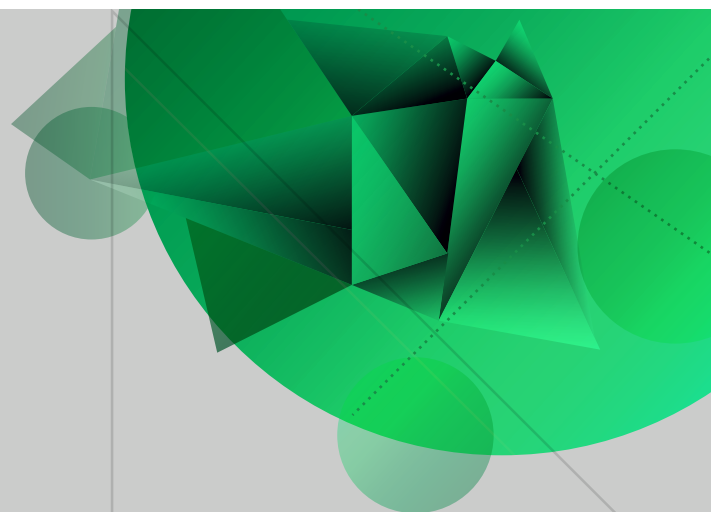
Para profundizar este tema recomien-

do revisar el siguiente link <http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/Biblioteca-Digital/RIDE/DE/DIJ/Resoluci%C3%B3n%205521%20de%202013.pdf>

3

Unidad 3

Definiciones
de salud



Salud pública

Autor: Magda Gioanna Cruz

Introducción

La unidad número 3 de este módulo de Salud pública I, contiene consideraciones teórico conceptuales que permiten contextualizar sobre el recorrido histórico en salud pública, abordando los conceptos de salud, la salud pública en el contexto actual, las funciones esenciales de la salud pública, el quehacer de la salud pública y su objeto de estudio.

Dentro de los alcances y propósitos de la unidad tres están; Reconocer la importancia y aplicabilidad de la salud pública y el compromiso de los profesionales de la salud específicamente con la salud pública. Conocer cada una de las funciones esenciales de la salud pública y su objeto de estudio. Evidenciar las diferentes modificaciones y evolución histórica de la salud pública y reconocer de esta manera el contexto actual de la salud pública e identificar si estas responden eficaz y eficientemente a los propósitos de la salud en Colombia.

Para obtener una experiencia exitosa y significativa académicamente en el transcurso de la semana 5 se debe tener en cuenta las siguientes orientaciones:

La semana 5 constará de unos recursos para el aprendizaje tales como documentos sobre las declaraciones más relevantes a nivel mundial sobre la salud pública, documento sobre las funciones esenciales de la salud pública, glosario, presentaciones en power point para contextualizar al estudiante entre otros links de interés, encontrara actividades de evaluación como foro de debate, talleres, examen final, las cuales tendrán una calificación de desempeño para verificar el avance en la ejecución de las actividades y representan una evaluación formal para evidenciar el alcance del aprendizaje. Su trabajo será totalmente independiente y autónomo siempre bajo la orientación de un tutor quien orientara todo su proceso dentro del módulo y de cada unidad.

Las orientaciones para la entrega y ejecución de actividades se encuentran en la guía de actividades, de esta manera usted conocerá los tiempos y fechas para la elaboración y envío de las mismas.

Cada sesión debe contar con un trabajo previo de lectura individual en los tiempos establecidos dentro de la unidad, esto para garantizar la participación sobre la base de lecturas seleccionadas denominadas lecturas complementarias. Además en la bibliografía del módulo para promover la profundización de los tema se cuenta con lecturas complementarias y adicionales.

Definiciones de salud

El término “salud” se relaciona cada vez más con la calidad de vida, y la calidad de vida evoluciona, razón por la cual el término de salud no puede considerarse como estático, este término ha sufrido varias adecuaciones que van de la mano con el desarrollo humano.

La organización mundial de la salud (OMS) define el término de salud como: “Estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.» La cita procede del Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Official Records of the World Health Organization, N° 2, p. 100), y entró en vigor el 7 de abril de 1948”. La definición no ha sido modificada desde 1948 (Organización Mundial de la Salud).

Para la organización panamericana de la salud la salud más que un estado es un proceso continuo de re establecimiento del equilibrio, proceso que cuando alguno de los factores implicados cambia y dicho cambio se mantiene en el tiempo, el ser humano adopta una respuesta fija, que en algún momento previo fue adecuada para resta-

blecer el equilibrio; pero, al tornarse, inflexible lleva a un estado catastrófico que puede ser incompatible con la vida (Canguilhem 1982).

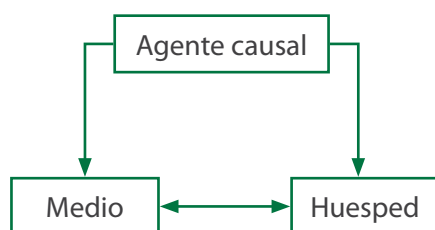
Es interesante revisar los diferentes conceptos de salud y encontrar que cada vez más el término de salud trasciende el estado físico, por ejemplo la definición de salud desde el concepto holístico de significado griego “*holos*” total, completo, integral por ello la salud holística considera a los individuos desde todas sus dimensiones tales como física, mental, intelectual, emocional, espiritual, religiosa y cultural (Bermejo, C. 2005).

Actualmente el Colombiano Alejandro Jadad, propone repensar el concepto de salud para lo cual lanza la siguiente reflexión “¿Qué significa el ‘completo bienestar’ si mientras estoy en un trancón siento malestar físico y mental? La definición lo deja todo por fuera y de esta manera nadie podría ser considerado saludable. Cualquier molestia afecta el completo bienestar”. En la cumbre Nacional por la salud el 3 de marzo de 2014 nuevamente se atreve a dar el concepto de salud la cual define como “la capacidad para adaptarnos a los nuevos desafíos¹” (Jadad, A).

¹ (Alejandro jadad jefe del Centre for Global e-Health Innovation de la Universidad de Toronto, Canadá, y de la Universidad Health Network. Se formó como médico y anestesiólogo en la Universidad Javeriana en Colombia y en 1994 se convirtió en el primer

Proceso de salud enfermedad

Es aquella situación donde intervienen un agente causal (gérmenes, micotoxinas, patogenicidad), un medio entre los cuales están los factores ambientales, sistemas de alimentación y producción, instalaciones y un huésped. El proceso salud enfermedad pasa por diferentes etapas donde el medio ambiente debe estar en las condiciones óptimas para favorecer la supervivencia del agente quienes posteriormente actúan en el huésped quien también debe contar con unas características o condiciones especiales (inmunidad, resistencia, genética, nutrición) para garantizar el ingreso y supervivencia del agente causal quien desestabiliza las condiciones fisiológicas “normales” del huésped llevándolo a un estado de “enfermedad”



Atención primaria en salud

En la conferencia de Alma Ata el 12 de septiembre de 1978, menciona sobre la Atención primaria en salud (APS) “la asistencia

médico en el mundo en obtener un doctorado sobre síntesis del conocimiento y en el primero en la Universidad de Oxford, Inglaterra, sobre tratamiento del dolor. El especialista colombiano considera que es indispensable que los profesionales incorporen en sus prácticas el concepto de que la salud es la capacidad para adaptarnos como individuos y como comunidad a los desafíos que nos plantea la vida)

sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada etapa de su desarrollo con un espíritu de autoresponsabilidad y autodeterminación....” (La atención primaria en salud, contexto histórico, conceptos, enfoques y evidencias. Recuperado en <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/APS.pdf>)

La Organización Mundial de Salud (OMS) define la atención primaria de salud como “la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país” además de posicionarla como el núcleo del sistema de salud del país y forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad.

Actualmente la APS ejerce gran influencia en las políticas públicas además de ser considerada en las diferentes reformas legales y leyes emanadas a favor de la “salud”. Es considerada como la estrategia bandera para mantener el control de la salud de los individuos y colectivos.

Salud Pública

“La salud pública es una actividad cuyo propósito es mejorar la salud de la población”

Según Winslow (1920), la Salud pública es una ciencia y arte de evitar enfermedades, alargar la vida y fomentar la salud y eficiencia con los esfuerzos de la comunidad

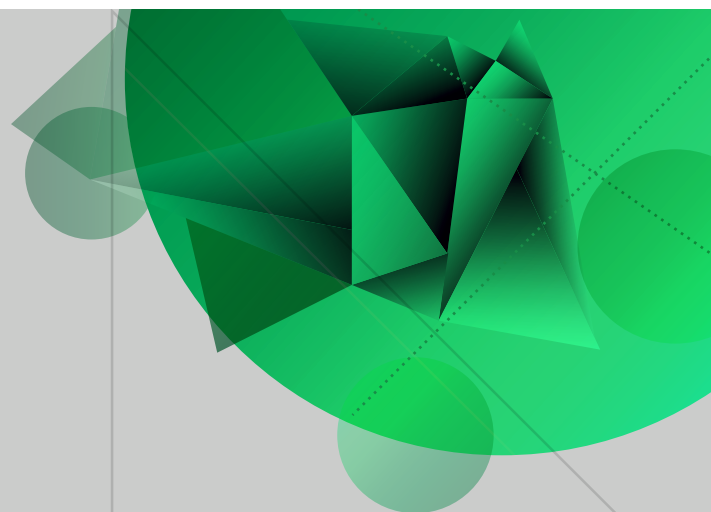
Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Salud pública engloba todas las actividades relacionadas con la salud y la enfermedad, el estado sanitario y ecológico del ambiente de vida; la organización y el funcionamiento de los servicios de salud, planificación, gestión y educación.

M. Terris la define como la actividad y de gobierno multidisciplinaria con implicaciones de toda la sociedad. Y H.S. Martin le da un enfoque en los sustentos de APS y plantea que la salud pública propone actividades planificadas que refuerzan la participación de las comunidades.

3

Unidad 3

Recorrido histórico
de la salud pública



Salud pública

Autor: Magda Gioanna Cruz

Introducción

La semana 6 de este módulo de Salud pública I contiene consideraciones teórico conceptuales que permiten contextualizar sobre el recorrido histórico en Salud pública, abordando los conceptos de salud, enfermedad, la salud pública en el contexto actual, las funciones esenciales de la salud pública, el quehacer de la salud pública y su objeto de estudio.

Dentro de los alcances y propósitos de la unidad 3 están; Reconocer la importancia y aplicabilidad de la salud pública y el compromiso de los profesionales de la salud específicamente con la salud pública. Conocer cada una de las funciones esenciales de la salud pública y su objeto de estudio. Evidenciar las diferentes modificaciones y evolución histórica de la salud pública y reconocer de esta manera el contexto actual de la salud pública e identificar si estas responden eficaz y eficientemente a los propósitos de la salud en Colombia.

Para obtener una experiencia exitosa y significativa académicamente en el transcurso de la unidad tres se debe tener en cuenta las siguientes orientaciones;

La semana 6 constará de unos recursos para el aprendizaje tales como documentos sobre las declaraciones más relevantes a nivel mundial sobre la salud pública, documento sobre las funciones esenciales de la salud pública, glosario, presentaciones en power point para contextualizar al estudiante entre otros links de interés, encontrara actividades de evaluación como foro de debate, talleres, examen final, las cuales tendrán una calificación de desempeño para verificar el avance en la ejecución de las actividades y representan una evaluación formal para evidenciar el alcance del aprendizaje. Su trabajo será totalmente independiente y autónomo siempre bajo la orientación de un tutor quien orientara todo su proceso dentro del módulo y de cada unidad.

Las orientaciones para la entrega y ejecución de actividades se encuentran en la guía de actividades, de esta manera usted conocerá los tiempos y fechas para la elaboración y envío de las mismas.

Cada sesión debe contar con un trabajo previo de lectura individual en los tiempos establecidos dentro de la unidad, esto para garantizar la participación sobre la base de lecturas seleccionadas denominadas lecturas complementarias. Además en la bibliografía del módulo para promover la profundización de los tema se cuenta con lecturas complementarias y adicionales.

El presente desarrollo temático se enmarca dentro de la normatividad vigente en salud para el territorio colombiano, teniendo como referente el Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021. Por ello el lineamiento conceptual se orienta al desarrollo operativo de la salud pública siendo el núcleo principal de este módulo y de cada una de las unidades que lo conforman.

Se parte de consideraciones conceptuales y metodológicas del campo de la salud pública que lo reconocen hoy como un campo transdisciplinar y desde esa perspectiva, se consideran los retos y contextos que a diario viven profesionales de salud para desarrollar estrategias de atención integral en salud, que es justamente lo que busca la estrategia de APS, que parte además de reconocer las dificultades del diario vivir para comunidades y familias así como las dificultades instituciones.

La semana 6 del módulo de Salud pública I, estará conformada por un eje temático que corresponden al recorrido histórico en salud pública, dentro de este se revisaran los conceptos de salud enfermedad, la salud pública en el contexto actual, las funciones esenciales de la salud pública, su quehacer y objeto de estudio.

Recorrido histórico de la salud pública

La salud pública ha evolucionado de la mano con los conceptos de salud y enfermedad, al igual que el avance y globalización característica del siglo XXI, mientras los conceptos sobre salud y todos sus componentes son evaluados y monitoreados por el surgimiento de instituciones creadas por la necesidad de hacer seguimiento y control a las enfermedades cualquiera que sea su origen y para garantizar la salud de las personas, se va fortaleciendo la salud pública aunque sus inicios se hayan descrito desde siglos pasados, la salud pública cobra vida como la esperanza para garantizar la salud y el bienestar individual y colectivo de las poblaciones en el mundo.

En las últimas décadas, a pesar de los progresos evidenciados en los indicadores de “salud”, la situación es considerada insatisfactoria y plantea desafíos antiguos, nuevos o renovados. En efecto, en los países de la región hay una brecha alarmante entre lo que se ha hecho y lo que puede hacerse con los recursos disponibles en los niveles de desarrollo dados (FESP).

En consecuencia a lo anterior la salud pú-

blica enfrenta desafíos frente a los contextos actuales como por ejemplo los cambios demográficos y el deterioro del medio ambiente, de igual manera enfrenta desafíos frente a las organización, las políticas, las estrategias, la conducción, la financiación, el aprovisionamiento y la gestión de los sistemas de atención a la salud que constituyen aspectos de interés público.

En los últimos años, se han presentado varias iniciativas con el propósito de fortalecer y redefinir la salud pública ejemplo de ello son las diferentes declaraciones tales como; la conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978, Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud día 21 de noviembre de 1986, la declaración Yakarta 1995 sobre la promoción en salud, y la carta Bangkok 2005, en esta última se establecen los principales retos, medidas y compromisos que se necesitan para abordar los determinantes de la salud en un mundo globalizado, señala los problemas que se deben superar para lograr la salud mundial, entre ellos la creciente carga doble de enfermedades transmisibles y crónicas, menciona además que es necesario el abordaje y control de los efectos de la globalización sobre la salud, como consecuencia del aumento de las desigualdades, la rápida urbanización y el deterioro del medio ambiente. Además brinda una nueva orientación para la promoción de la salud exaltando las políticas coherentes, inversiones y alianzas entre los gobiernos, las organizaciones internacionales, la sociedad civil y el sector privado para que la promoción de la salud se incluya en la agenda de desarrollo mundial, que sea una responsabilidad de todos los gobiernos, que forme parte de las buenas prácticas institucionales, y que sea un foco de iniciativas

de la comunidad y de la sociedad civil. Lo anterior se ha declarado en todas las cumbres y declaraciones mundiales sobre salud.

En el documento la salud pública en las Américas: documento conceptual y operacional de Carlyle Guerra de Macedo se define que el objeto central de la salud pública es la salud de las poblaciones. Este objeto incluye todos los aspectos de interés colectivo que contribuyan al mejoramiento de la salud de las poblaciones.

En el mismo documento se definen y se dejan explícitas las funciones esenciales de la salud pública las cuales define como;

Funciones genéricas: aquéllas que no tienen un objeto propio per se, cumplen con la realización del objeto central de la salud pública en cada campo de acción u objeto específico en que ésta actúe. Son funciones como las de “regulación”, “fiscalización” o “información” que se aplican al “control de enfermedades”, a la “salud ambiental”, etc.

Funciones específicas: aquéllas que se refieren a las acciones para la realización de responsabilidades o a la consecución de objetivos definidos como propios, específicos de la salud pública en una circunstancia dada. Por ejemplo, el “control de enfermedades” o aun la “vigilancia epidemiológica”.

Funciones finalistas: aquéllas que contribuyen directamente a la realización de objetivos, tales como la promoción de la salud, el control de riesgos y daños, la protección del ambiente y la calidad de la atención.

Funciones instrumentales: aquéllas que sirven a los objetivos en forma mediata creando o contribuyendo a la creación de condiciones u otros elementos para la realización

de acciones finalistas, tales como el monitoreo y análisis de la situación de salud, el desarrollo de recursos humanos, la información pública o la regulación.

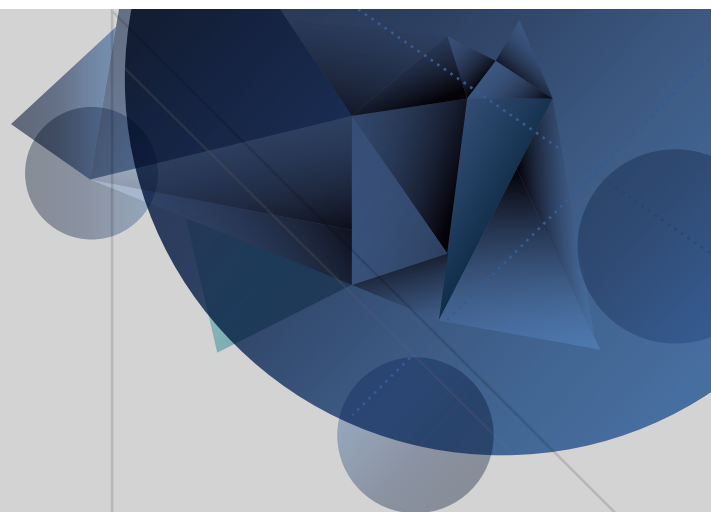
Se describe en el documento la salud pública en las Américas que uno de los propósitos estratégicos principales de la salud

pública es exactamente la comprensión de las prácticas sociales y la contribución para el desarrollo de sus virtudes para la salud. La práctica de la salud pública, a través de sus funciones esenciales, viene así a ser parte de las prácticas sociales en salud que en definitiva las determina.

4

Unidad 4

Plan decenal de
salud pública
2012 – 2021



Salud pública

Autor: Magda Gioanna Cruz

Introducción

La unidad número 4 de este módulo de salud pública I contiene consideraciones teórico conceptuales que permiten contextualizar sobre el Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021 (PDSP), de esta manera se proveerá una visión general de los aspectos teóricos que sustentan el PDSP.

Dentro de los alcances y propósitos de la unidad cuatro están; analizar el PDSP, reconocer la situación de salud en el contexto colombiano y la manera de operacionalizar e implementar el PDSP 2012-2021, para identificar la responsabilidad como profesional de la salud en el quehacer. Identificar cada una de las ocho dimensiones prioritarias y las dos dimensiones transversales para reconocer que mediante su aplicación se promueve la salud y el desarrollo de las poblaciones, y como desde el quehacer profesional se puede intervenir atendiendo y contribuyendo al mejoramiento de las condiciones de vida de las poblaciones presentes y futuras.

Para obtener una experiencia exitosa y significativa académicamente en el transcurso de la unidad 4 se debe tener en cuenta las siguientes orientaciones:

La unidad 4 consta de recursos para el aprendizaje tales como documento completo del Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021, videos sobre las dimensiones prioritarias y transversales, encontrara la actividad de evaluación como lo es el examen final. Su trabajo será totalmente independiente y autónomo siempre bajo la orientación de un tutor quien orientara todo su proceso dentro del módulo y de cada unidad.

Las orientaciones para la entrega y ejecución de actividades se encuentran en la guía de actividades, de esta manera usted conocerá los tiempos y fechas para la elaboración y envío de las mismas.

Cada sesión debe contar con un trabajo previo de lectura individual en los tiempos establecidos dentro de la unidad, esto para garantizar la participación sobre la base de lecturas seleccionadas además en la bibliografía del módulo para promover la profundización de los tema se cuenta con lecturas complementarias y adicionales.

El presente desarrollo temático se enmarca dentro de la normatividad vigente en salud para el territorio colombiano, teniendo como referente el Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021. Por ello el lineamiento conceptual se orienta al desarrollo operativo de la salud pública siendo el núcleo principal de este módulo y de cada una de las unidades que lo conforman.

Se parte de consideraciones conceptuales y metodológicas del campo de la salud pública que lo reconocen hoy como un campo transdisciplinar y desde esa perspectiva, se consideran los retos y contextos que a diario viven profesionales de salud para desarrollar estrategias de atención integral en salud, que es justamente lo que busca la estrategia de APS, que parte además de reconocer las dificultades del diario vivir para comunidades y familias así como las dificultades instituciones.

La unidad cuatro del módulo de Salud pública I estará conformada por un eje temático el cual corresponde al Plan Decenal de Salud pública 2012 – 2021 en Colombia.

Plan decenal de salud pública 2012 – 2021

La salud es el producto de la interacción de las condiciones biológicas, químicas, sociales

y culturales de las personas con su entorno y de lo que hace la sociedad, las instituciones públicas y privadas además de los comportamientos de cada uno de los individuos, la salud depende de las condiciones en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, condiciones que están dadas por la situación social y las políticas públicas del país, de esta manera el objetivo acordado por los colombianos que participaron activamente en la elaboración del Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021 (PDSP) es lograr la equidad en salud y el desarrollo humano, objetivo compartido por las instituciones públicas y privadas, el gobierno nacional, departamental y municipal, al que se sumaron expertos y científicos del país, entre otros.

En este sentido el PDSP 2012 – 2021 recoge el compromiso del estado Colombiano de adicionar la equidad sanitaria en las políticas públicas, acogiendo lo sugerido en la 62ª asamblea mundial de la salud de 2009 que impulsa a los países a asumir el compromiso político de luchar contra las inequidades de salud.

El PDSP 2012-2021 es la ruta a seguir durante diez años por los ciudadanos y expertos y el gobierno nacional para orientarse en el desarrollo social económico y humano de Colombia, además de dar respuesta a lo emanado en la ley 1438 de 2011 donde

establece la responsabilidad del Ministerio de Salud y Protección Social de elaborar el PDSP a través de un gran proceso de participación social.

En respuesta a esta ley, el PDSP se formuló entre marzo de 2011 y mayo de 2013 en un trabajo conjunto donde participaron activamente los colombianos mediante reuniones zonales, departamentales y regionales, también en consulta en el sitio web durante cuatro meses donde los colombianos dejaron aportes al plan, también los actores del sistema general de seguridad social en salud y de la industria del sector, grupos organizados, mediante talleres regionales elaborados para la participación de los niños, niñas y adolescentes donde dejaron sus aportes al plan, reuniones con las mesas nacionales de salud de los pueblos indígenas, rom, afro colombianos, raizal y palenquero quienes acordaron realizar la consulta étnica y de víctimas y adoptar anexo al plan el capítulo étnico y de víctimas, de igual manera participaron activamente expertos y científicos del país, ministerios, agencias, consejerías, programas presidenciales entre otros.

Plan estratégico del PDSP 2012-2021

La meta central del PDSP 2012 – 2021 es lograr la equidad y un desarrollo humano sostenible que afecte e impacte positivamente los determinantes sociales y disminuya la carga de enfermedad sobre la vida saludable, entendiendo la salud como el capital social de mayor valor, esencial para el crecimiento y desarrollo de la competitividad vital para la paz. Actualmente existen desafíos que afectan directamente la carga de enfermedad de los individuos las cuales pueden ser intervenidas mediante la articulación y

acciones de todos los sectores

Visión: en 2021 Colombia tendrá consolidado el PDSP con la acción transectorial y comunitaria para lograr la paz y la equidad social mediante la mejora del bienestar integral y la calidad de vida para todos los colombianos de acuerdo a sus necesidades.

Objetivos estratégicos:



Imagen 1

Fuente: <http://cesar.gov.co/c/images/boletines/2013/00459/00459-2013-imggpb-01.jpg>

1. Alcanzar una mayor equidad en salud

Es un secreto a gritos que en la mayoría de los países latinoamericanos y del Caribe existen inequidades de toda índole; culturales, sociales, ambientales, económicos entre otros, marcados y sentenciados por múltiples factores dentro de los cuales se destacan los “determinantes sociales, lo cual se refleja en la injusticia social que permea y afectan negativamente las condiciones de vida de los individuos y comunidades impidiendo el desarrollo de potencial de vida y el goce de un bienestar integral donde la salud se considera la piedra angular para ello.

Por lo anterior la equidad en salud se convierte en un imperativo en el desarrollo y ejecución del PDSP donde el Estado es el garante para la equidad en salud apoyado

por todos los sectores, cabe resaltar que la equidad en salud trasciende al acceso de servicios en salud.

2. Mejorar las condiciones de vida y salud de la población

Los medios materiales para la supervivencia que contribuyen al desarrollo humano y a la obtención de bienestar y salud dentro de los cuales se resaltan la vivienda, los servicios, el trabajo, la escuela, los diferentes entornos, los ingresos y hasta la alimentación marcan las condiciones de vida de los individuos y comunidades, el objetivo del PDSP es lograr modificar de manera positiva estas condiciones mediante la articulación de las políticas y los sectores de la sociedad.

Las desigualdades en estas condiciones limitan e impactan negativamente la salud de la población, interviniendo en el bienestar físico y síquico.

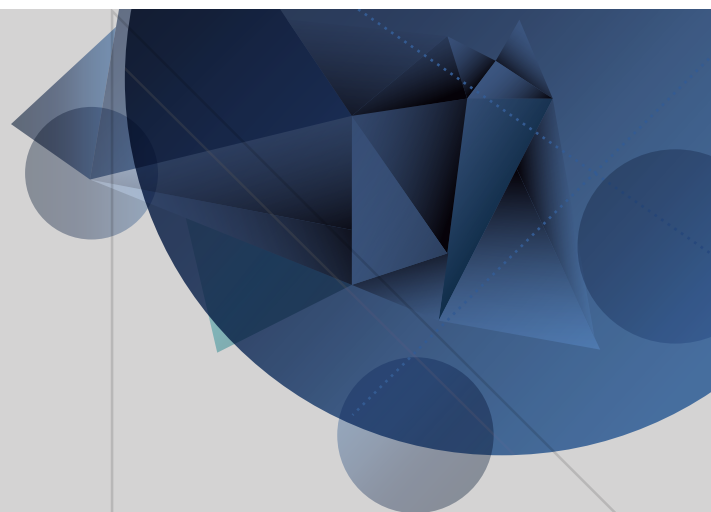
3. Lograr cero tolerancia con la morbilidad, mortalidad y discapacidad evitable

Para la consecución de este objetivo el PDSP impartirá las políticas para que los actores del sistema de salud garanticen la prestación de servicios de manera efectiva y equitativa que contengan todos los elementos de calidad y que incorporen los diferentes enfoques de riesgo con servicios diferenciales que fluyan en función de las desigualdades de las personas con desventajas social y discapacidad, haciendo especial énfasis en lo prevenible y evitable.

4

Unidad 4

Plan decenal de
salud pública
2012 – 2021



Salud pública

Autor: Magda Gioanna Cruz

Introducción

EN esta semana 8 se continua con las consideraciones teórico conceptuales que permiten contextualizar sobre el Plan Decenal de Salud pública 2012 – 2021 (PDSP), de esta manera se proveerá una visión general de los aspectos teóricos que sustentan el PDSP.

Se continua con los alcances y propósitos planteados para el desarrollo de esta unidad 4 y finalizar el análisis del PDSP, reconocer la situación de salud en el contexto colombiano y la manera de operacionalizar e implementar el PDSP 2012-2021, para identificar la responsabilidad como profesional de la salud en el quehacer. Identificar cada una de las ocho dimensiones prioritarias y las dos dimensiones transversales para reconocer que mediante su aplicación se promueve la salud y el desarrollo de las poblaciones, y como desde el quehacer profesional se puede intervenir atendiendo y contribuyendo al mejoramiento de las condiciones de vida de las poblaciones presentes y futuras.

Para obtener una experiencia exitosa y significativa académicamente en el transcurso de la unidad 4 se debe tener en cuenta las siguientes orientaciones:

La unidad 4 consta de recursos para el aprendizaje tales como documento completo del Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021, videos sobre las dimensiones prioritarias y transversales, encontrara la actividad de evaluación como lo es el examen final. Su trabajo será totalmente independiente y autónomo siempre bajo la orientación de un tutor quien orientara todo su proceso dentro del módulo y de cada unidad.

Las orientaciones para la entrega y ejecución de actividades se encuentran en la guía de actividades, de esta manera usted conocerá los tiempos y fechas para la elaboración y envío de las mismas.

Cada sesión debe contar con un trabajo previo de lectura individual en los tiempos establecidos dentro de la unidad, esto para garantizar la participación sobre la base de lecturas seleccionadas además en la bibliografía del módulo para promover la profundización de los tema se cuenta con lecturas complementarias y adicionales.

El presente desarrollo temático se enmarca dentro de la normatividad vigente en salud para el territorio colombiano, teniendo como referente el Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021. Por ello el lineamiento conceptual se orienta al desarrollo operativo de la salud pública siendo el núcleo principal de este módulo y de cada una de las unidades que lo conforman.

Se parte de consideraciones conceptuales y metodológicas del campo de la salud pública que lo reconocen hoy como un campo transdisciplinar y desde esa perspectiva, se consideran los retos y contextos que a diario viven profesionales de salud para desarrollar estrategias de atención integral en salud, que es justamente lo que busca la estrategia de APS, que parte además de reconocer las dificultades del diario vivir para comunidades y familias así como las dificultades instituciones.

La unidad cuatro del módulo de Salud Pública I estará conformada por un eje temático el cual corresponde al Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021 en Colombia.

Plan decenal de salud pública 2012 – 2021

La salud es el producto de la interacción de las condiciones biológicas, físicas, sociales y culturales de las personas con su entor-

no y de lo que hace la sociedad, las instituciones públicas y privadas además de los comportamientos de cada uno de los individuos, la salud depende de las condiciones en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, condiciones que están dadas por la situación social y las políticas públicas del país, de esta manera el objetivo acordado por los colombianos que participaron activamente en la elaboración del Plan Decenal de Salud Pública 2012 2021 (PDSP) es lograr la equidad en salud y el desarrollo humano, objetivo compartido por las instituciones públicas y privadas, el gobierno nacional, departamental y municipal, al que se sumaron expertos y científicos del país, entre otros.

En este sentido el PDSP 2012 – 2021 recoge el compromiso del estado Colombiano de adicionar la equidad sanitaria en las políticas públicas, acogiendo lo sugerido en la 62ª asamblea mundial de la salud de 2009 que impulsa a los países a asumir el compromiso político de luchar contra las inequidades de salud.

El PDSP 2012-2021 es la ruta a seguir durante diez años por los ciudadanos y expertos y el gobierno nacional para orientarse en el desarrollo social económico y humano de Colombia, además de dar respuesta a lo emanado en la ley 1438 de 2011 donde establece la responsabilidad del Ministerios

de Salud y Protección Social de elaborar el PDSP a través de un gran proceso de participación social.

En respuesta a esta ley, el PDSP se formuló entre marzo de 2011 y mayo de 2013 en un trabajo conjunto donde participaron activamente los colombianos mediante reuniones zonales, departamentales y regionales, también en consulta en el sitio web durante cuatro meses donde los colombianos dejaron aportes al plan, también los actores del sistema general de seguridad social en salud y de la industria del sector, grupos organizados, mediante talleres regionales elaborados para la participación de los niños, niñas y adolescentes donde dejaron sus aportes al plan, reuniones con las mesas nacionales de salud de los pueblos indígenas, rom, afro colombianos, raizal y palenquero quienes acordaron realizar la consulta étnica y de víctimas y adoptar anexo al plan el capítulo étnico y de víctimas, de igual manera participaron activamente expertos y científicos del país, ministerios, agencias, consejerías, programas presidenciales entre otros.

Marco conceptual del PDSP 2012-2021

El PDSP, para su formulación, define componentes desde la fundamentación teórico-conceptual: los enfoques conceptuales y las líneas operativas que permiten llevar a la práctica las acciones en los planes operativos territoriales. (PDSP 2012-2020)

Enfoques y modelo conceptual: estos buscan en esencia la disminución de la inequidad, en el PDSP se abordan los enfoques de la salud como un derecho, enfoque diferencial, enfoque poblacional y el modelo conceptual de los determinantes en sociales de la salud.

Dimensiones: hacen referencia a situaciones que tienen que ver con el bienestar y desarrollo humano y calidad de vida y por su importancia deben ser intervenidas preservadas y mejoradas para garantizar la salud y el bienestar de los colombianos y colombianas sin distinción de género, etnia, ciclo de vida o nivel socio económico o cualquier otra situación diferencial. El PDSP contempla ocho dimensiones prioritarias para la vida y dos transversales (aspectos a enfatizar) con unos componentes transectoriales y sectorial cada uno con acciones comunes y específicas ejecutadas por las tres líneas operativas del plan.

Dimensiones prioritarias para la vida;

1. Salud ambiental: derecho a un ambiente sano para favorecer y promover la calidad de vida de la población actual y futura mediante los componentes de habitad saludable.
2. Vida saludable y condiciones no transmisibles: busca el bienestar y disfrute de una vida sana en las diferentes etapas de la vida mediante los componentes de modos, condiciones y estilos de vida saludables y atención integral en salud de las enfermedades no transmisibles.
3. Convivencia social y salud mental: permite el despliegue de recursos individuales y/o colectivos para el disfrute de la vida cotidiana estableciendo relaciones interpersonales basada en el respeto, la solidaridad y el ejercicio de los derechos humanos para el logro del bien común y el desarrollo humano y social mediante los componentes de promoción de la salud mental y la convivencia, prevención y atención integral a problemas y trastornos mentales y a diferentes formas de violencia.

4. Seguridad alimentaria y nutricional: políticas y acciones que permiten garantizar el derecho a la alimentación sana con equidad en las diferentes etapas del ciclo de vida mediante los componentes de disponibilidad y acceso a los alimentos, consumo y aprovechamiento biológico, inocuidad y calidad de los alimentos.
5. Sexualidad y Derechos sexuales y reproductivos: políticas y acciones que permiten promover las condiciones para el ejercicio libre, autónomo e informado de la sexualidad el desarrollo de las capacidades y potencialidades de las personas, grupos y comunidades durante todo su ciclo vital mediante los componentes de promoción de los derechos sexuales y reproductivos y la equidad de género, prevención y atención integral en salud sexual y reproductiva desde un enfoque de derechos.
6. Vida saludable y enfermedades transmisibles: políticas y acciones que permiten materializar el derecho a vivir libre de enfermedades transmisibles en todos los ciclos de vida promoviendo modos, condiciones y estilos de vida saludables en los entornos donde viven las personas, familias y comunidades mediante los componentes de enfermedades emergentes re emergentes y desatendidas, enfermedades inmunoprevenibles y condiciones endo-epidémicas
7. Salud pública en emergencias y desastres: políticas y acciones que propenden por la protección de individuos y colectivos ante riesgos de emergencias y desastres por medio de acciones orientadas a reducir la exposición y propender por la accesibilidad integran mediante los componentes de gestión integral

del riesgo en emergencias y desastres y respuesta en salud ante situaciones de emergencias y desastres.

8. Salud y ámbito laboral: políticas y acciones que buscan el bienestar y protección de la salud y el fomento de las intervenciones que modifiquen positivamente las condiciones de salud de los trabajadores del sector formal e informal de la economía mediante los componentes de seguridad y salud en el trabajo y atender los situaciones prevalentes de origen laboral.

Dimensiones transversales

1. Gestión diferencial de las poblaciones vulnerables: políticas y acciones que buscan el reconocimiento de las diferencias sociales y en consecuencias la aplicación de medidas a favor de aquellos grupos en que esas diferencias representan desventajas o situación de mayor vulnerabilidad mediante los componentes de niños, niñas, adolescentes, grupos étnico, personas en situación de discapacidad, adulto mayor y víctimas del conflicto armado.
2. Fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión de la salud: acciones que buscan recuperar las capacidades básicas de las autoridades sanitaria en la nación y territorios para actuar como planificadores y articuladores de las acciones relacionadas con la producción social de la salud dentro y fuera del sector salud mediante el componente de fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la regulación, conducción, gestión financiera, fiscalización del sistema general de seguridad social en salud, vigilancia epidemiológica y sanitaria, mo-

vilización social, ejecución de acciones colectivas y garantía del aseguramiento y provisión adecuada de los servicios de salud.

Líneas operativas: El Ministerio de Salud y Protección Social, de acuerdo con su función rectora otorgada por el Decreto 4107 de 2011 (Presidencia de la República de Colombia, 2011) define las orientaciones operativas de las acciones mediante las cuales se implementara y operacionalizara el PDSP a través de tres líneas de acción, que no son excluyentes sino complementarias, porque orientan la acción sobre los determinantes intermediarios, tales como las condiciones ambientales, comportamentales y de los servicios a cargo del sector salud, en los otros sectores y en la comunidad.

1. **Línea de promoción de la salud:** acciones para que los individuos, las familias y la sociedad en su conjunto logren intervenir y modificar los Determinantes Sociales de la Salud y así las condiciones de calidad de vida, consolidando una cultura saludable basada en valores, creencias, actitudes y relaciones. Esta línea incluye acciones de: formulación de políticas públicas, movilización social, generación de entornos saludables, generación de capacidades sociales e individuales, participación ciudadana y educación en salud.
2. **Línea de gestión del riesgo en salud:** acciones para disminuir la probabilidad de ocurrencia de un evento no deseado, evitable y negativo para la salud del individuo, que puede ser también el empeoramiento de una condición previa o la necesidad de requerir más consumo de bienes y servicios que hubiera podido evitarse. Esta línea incluye acciones

de: análisis de riesgo de la población con enfoque diferencial, planeación de la atención según riesgos con enfoque diferencial, modificación del riesgo, vigilancia de la gestión del riesgo, gestión de la calidad de la atención, coordinación administrativa y técnica de los servicios y planes.

3. **Línea de gestión de la salud pública:** acciones sobre colectivos poblacionales indivisibles, encaminadas a modificar el riesgo primario o la probabilidad de pérdida de la salud, en forma de estrategias colectivas, políticas, normas y documentos técnicos, así como en ejercicios de planificación, dirección, coordinación, integración, vigilancia, administración y fiscalización de recursos. Esta línea incluye acciones de: conducción, sostenibilidad del financiamiento, garantía del aseguramiento, fiscalización, intervenciones colectivas, movilización de los otros sectores de la sociedad, de los territorios y de la ciudadanía.

Actores responsables: los actores con responsabilidad frente al PDSP 2012 – 2021, son la nación, Ministerio de Salud y Protección Social, los departamentos, los municipios, las entidades promotoras de salud, las instituciones prestadoras de servicios de salud, las administradoras e riesgos laborales y la comunidad en general, cada uno de estos actores asume responsabilidades diferentes que permiten la articulación, gestión y resultados frente a los plasmado en el PDSP 2012-2021.

Financiación: el PDSP, cuenta con diferentes fuentes de financiación, algunas de ellas contempladas en el funcionamiento normal del SGSSS, y con recursos de otros sectores, que será necesario gestionar de forma si-

nérgica y en el marco de las competencias de cada uno de los actores, para alcanzar mayor equidad en la población y mejores condiciones de vida y de salud. Dichas fuentes de financiación son: recursos del presupuesto general de la nación, recursos provenientes del sistema general de participaciones, fondo de solidaridad y garantía fofyga, recursos del esfuerzo propio territorial, recursos de las cajas de compensación familiar entre otros.

Seguimiento y Monitoreo: según las competencias otorgadas por la Ley 715 de 2001,

le corresponde al Ministerio de Salud y Protección Social formular las políticas, planes, programas y proyectos de interés nacional para el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud, y coordinar su ejecución, seguimiento y evaluación, así como definir y aplicar sistemas de evaluación y control de gestión técnica, financiera y administrativa a las instituciones que participan en el sector y en el Sistema General de Seguridad Social en Salud; así como divulgar sus resultados, con la participación de las entidades territoriales.

Bibliografía

- Arroyave, I. (2003). La organización de la salud en Colombia. Hospital San Vicente de Paul. Medellín.
- Benach, J. & Muntaner, C. (2005). Aprender a mirar la Salud. Como la desigualdad social daña nuestra salud. Unión de Mutuas.
- Castaño, R. (1999). Medicina. Ética y Reformas a la Salud. Hacia un contrato social con la profesión médica. Editorial Precolombina. Bogotá.
- Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud. (2009). Informe Final. OMS-Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Subsanan las Desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud.
- Decreto Extraordinario 056 de 1975. (1975). Presidencia de la República. Bogotá.
- El Informe sobre la salud en el mundo (2007). Un porvenir más seguro. Protección de la salud pública mundial en el siglo XXI.
- Entrevista a Joan Benach y Carles Muntaner. (2009).
- Arroyave, I. (2003). La organización de la salud en Colombia. Hospital San Vicente de Paul. Medellín.
- Benach, J. & Muntaner, C. (2005). Aprender a mirar la Salud. Como la desigualdad social daña nuestra salud. Unión de Mutuas.
- Castaño, R. (1999). Medicina. Ética y Reformas a la Salud. Hacia un contrato social con la profesión médica. Editorial Precolombina. Bogotá.
- Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud. (2009). Informe Final. OMS-Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Subsanan las Desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud.
- Decreto Extraordinario 056 de 1975. (1975). Presidencia de la República. Bogotá.
- El Informe sobre la salud en el mundo (2007). Un porvenir más seguro. Protección de la salud pública mundial en el siglo XXI.
- Entrevista a Joan Benach y Carles Muntaner. (2009).
- Informe sobre la salud en el mundo. (1995). Reducir las desigualdades. OMS. <http://www.who.int/whr/1995/es/>
- Informe sobre la salud en el mundo (1996). Combatir las enfermedades, promover el desarrollo. OMS. <http://www.who.int/whr/1996/es/>
- Informe sobre la salud en el mundo 1997 - Vencer el sufrimiento, enriquecer a la humanidad. OMS. <http://www.who.int/whr/1997/es/>
- Informe sobre la salud en el mundo 1998 - La vida en el siglo XXI. OMS. <http://www.who.int/whr/1998/es/>

Bibliografía

- Informe sobre la salud en el mundo 1999 - Cambiar la situación. OMS. <http://www.who.int/whr/1999/es/>
- Informe sobre la salud en el mundo 2000 - Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. OMS. <http://www.who.int/whr/2000/es/>
- Informe sobre la salud en el mundo 2001 - Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. OMS. <http://www.who.int/whr/2001/es/>
- Informe sobre la salud en el mundo 2002 - Reducir los riesgos y promover una vida sana. OMS. <http://www.who.int/whr/2002/es/>
- Informe sobre la salud en el mundo 2003 - Forjemos el futuro. OMS. <http://www.who.int/whr/2003/es/>
- Informe sobre la salud en el mundo 2004 - Cambiemos el rumbo de la historia. OMS. <http://www.who.int/whr/2004/es/>
- Informe sobre la salud en el mundo 2005 - ¡Cada madre y cada niño contarán! OMS. <http://www.who.int/whr/2005/es/>
- Informe sobre la salud en el mundo 2006 - Colaboremos por la salud. OMS. <http://www.who.int/whr/2006/es/>
- Informe sobre la salud en el mundo. (2008). La APS, más necesaria que nunca.
- Informe sobre la salud en el mundo. (2010). La financiación de los sistemas de salud. El camino hacia la cobertura universal
- J Epidemiol Community Health. (2008).
- La epidemia global de desigualdad en salud tiene su origen en la crisis socio-ecológica del capitalismo.
- Ley 10 de 1990. (1990). Congreso de la República. Bogotá
- Ley 100 de 1993. (1993). Congreso de la República. Bogotá.
- Ley 1150 de 2007. Reforma Ley 80 de 1993. (1993). Congreso de la República. Bogotá.
- Ley 1438 de 2011. (2011). Congreso de la República. Bogotá.
- Ley 1450 de 2011. (2011). Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014. Congreso de la República.
- Ley 1474 de 2011. (2011). Estatuto Anticorrupción. Congreso de la República. Bogotá.
- Ley 715 de 2001. (2001). Congreso de la República. Bogotá.
- Ley 80 de 1993. (1993). Contratación Estatal. Senado de la República. Bogotá.
- Ley 9 de 1979. (1979). Código Sanitario Nacional. Congreso de Colombia. Bogotá.
- Londoño, L. & Frenk, J. (1997). Pluralismo Estructurado: Hacia un Modelo Innovador para la Reforma de los Sistemas de Salud en América Latina.

Bibliografía

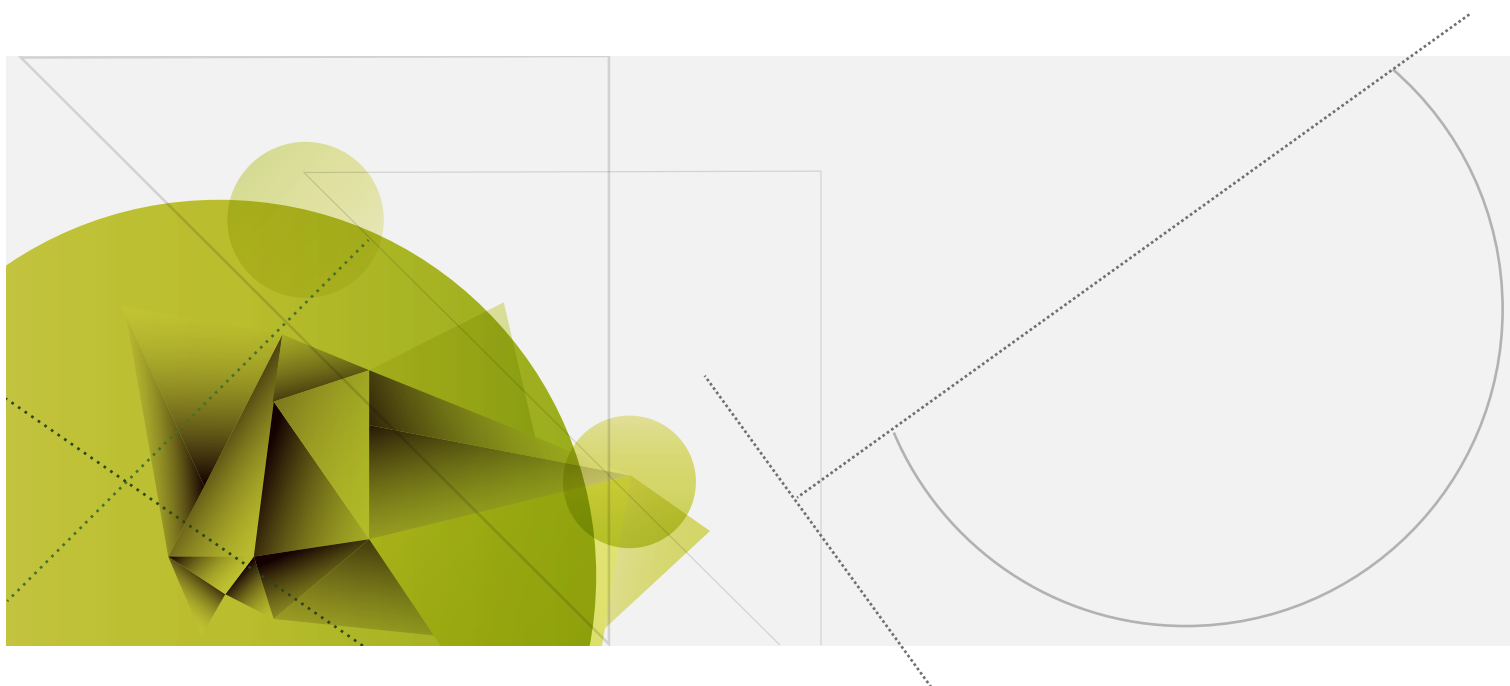
- Machinea, J. (2008). Objetivos de Desarrollo del Milenio: La progresión hacia el derecho a la salud en América Latina y el Caribe. Secretario Ejecutivo CEPAL.
- Marmot, M. & Friel, S. (s.f.). Health equity: evidence for action on the social determinants of health.
- Ministerio de la Protección Social (2009). OPS “Situación de Salud en Colombia: Indicadores Básicos”.
- Ministerio de la Protección Social. Decreto 3039 de 2007. Por el cual se adopta del Plan Nacional de Salud Pública 2007. 2010.
- Ministerio de la Protección Social. Decreto 3518 de 2006. Por el cual se crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública y se dictan otras disposiciones. Colombia 2006
- Ministerio de la Protección Social. Resolución 412 de 2000 Por la que se establecen las normas técnicas y guías de atención para los eventos de interés en salud pública. República de Colombia 2000
- Ministerio de salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Publica 2012 - 2021
- OPS. Organización Panamericana de la Salud. Promoción de la Salud – Glosario. World-HealthOrganization 1998
- OMS-OPS. Promoción de la salud: una antología. Publicación científica N°. 557 Washington, D.C. 1996.
- Blanco Restrepo Jorge Humberto. (2000). Fundamentos de Salud Pública. Medellín, Antioquia.
- Gobierno de Canadá – OPS/OMS. (2000). Conceptos y Estrategias para políticas públicas saludables “La perspectiva canadiense”. Washington D.C
- Comisión sobre determinantes sociales de la salud OPS. (2005). Hacia un marco conceptual que permita analizar y actuar sobre los determinantes sociales de la salud. Documento de trabajo de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud borrador- 5 de mayo de
- Profamilia. (2005). Encuesta Nacional de Demografía y Salud Colombia.
- República de Colombia. (1991). Constitución Política de 1991.
- Restrepo, H & Málaga, H. (2001). Promoción de la Salud: Cómo construir vida saludable. Editorial Médica Panamericana. Bogotá.
- Rodríguez Mesa. R. (1990). La Seguridad Social en Colombia. Régimen Jurídico. Colombia: Legis.
- Whitehead, M. (2007). A typology of actions to tackle social inequalities. Epidemiol. Community Health.
- Yepes. F., Ramírez. M., Sánchez. L., Ramírez. M. y Jaramillo. I. (2010). Luces y sombras de la reforma de la salud en Colombia. Bogotá: Centro Internacional de Investigación para el Desarrollo, IDRC, Ottawa Canadá.

Bibliografía

Web-grafía

- www.bvs-vspcol.bvsalud.org
- www.col.ops-oms.org
- www.minsalud.gov.co

Esta obra se terminó de editar en el mes de noviembre
Tipografía Myriad Pro 12 puntos
Bogotá D.C.,-Colombia.



AREANDINA
Fundación Universitaria del Área Andina

MIEMBRO DE LA RED
ILUMNO